

بررسی رابطه بین ناتوانی و افسردگی در بیماران مبتلا به استئوآرتریت شهر کرمان در

سال ۱۳۸۰

چکیده

استئوآرتریت شایعترین بیماری مفصلی در سراسر جهان و یکی از مهمترین مشکلات سلامتی در طولانی مدت و شایعترین علت ابراز ناتوانی در جمعیت عمومی می باشد. جهت تعیین ارتباط بین ناتوانی و سندرم افسردگی مطالعه ای مقطعی در کرمان روی بیماران استئوآرتریت طراحی شد. در این بررسی استئوآرتریت بر اساس معیارهای تشخیصی انجمن روماتیسم آمریکا (ACR) و براساس مفصل درگیر توسط روماتولوژیست تشخیص داده می شد. ناتوانی به وسیله Clin-HAQ و افسردگی نیز به وسیله پرسشنامه افسردگی Beck تحت ارزیابی قرار می گرفت. از ۲۰۰ بیماری که مورد بررسی قرار گرفتند ۸۲/۵٪ زن بودند و میانگین سنی جمعیت مورد مطالعه ۵۴/۱±۱۱/۲ سال بود. ۶ بیمار سابقه تروما، ۲۱ بیمار دیابت شیرین و ۵۲ بیمار افزایش فشار خون داشتند. میانگین شاخص توده بدنی ۲۹/۶±۵/۵ کیلوگرم بر مترمربع، میانگین نمره افسردگی بک ۱۶/۶±۹/۳ و متوسط اندکس ناتوانی ۰/۹۷±۰/۴ بود. مدل تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک رو به جلو به روش Wald نشان داد که افسردگی و جنسیت زن، فاکتورهای پیشگویی کننده معنی داری برای ناتوانی و ناتوانی نیز فاکتور پیشگویی کننده معنی داری برای میزان افسردگی می باشد. استئوآرتریت در بیماران مسن (بالای ۵۰ سال) و خانمها شایعتر است. افسردگی و ناتوانی دو فاکتوری هستند که در این بیماری به فراوانی دیده شده و ارتباط معنی داری نیز با هم دارند و هر کدام عامل خطری برای دیگری محسوب می شود.

- I دکتر محمدرضا شکیبی
- II *دکتر محمدآرش رضانی
- III دکتر جمیله عطاپور
- IV دکتر قدرت... رجبی زاده

کلیدواژه ها: ۱- استئوآرتریت ۲- ناتوانی ۳- افسردگی

مقدمه

پاتوفیزیولوژی این بیماری مربوط به تغییرات آسیب شناسی در مفصل در نتیجه فعالیت فاکتورهای بیومکانیکال و در نهایت فعالیت راه عمومی صدمه بافتی است. درد مفصلی بیمار را به سوی کاهش عملکرد و ناتوانی سوق می دهد و ناتوانی نیز همبستگی معنی داری با محدودیت حرکات مفصل داشته و در نتیجه بیمار از عهده انجام وظایف روزانه اش برنمی آید (۴، ۵، ۶). ثابت شده است که فاکتورهای روانی با میزان ناتوانی همبستگی دارند و

بیماریهای مفصلی مزمن در هر سنی باعث بروز علائم و محدودیتهایی می شوند (۱). بیماریهای مفصلی به دلیل درد، محدودیت حرکت و تغییر شکل در محل، موجب سختی انجام اعمال روزانه توسط فرد گرفتار و اختلال عملکرد فیزیکی اجتماعی و روانی او می شوند (۱ و ۲) که شایعترین شکل این بیماریها استئوآرتریت می باشد (۱، ۲ و ۴). سندرمی که ما به عنوان استئوآرتریت می شناسیم با تغییرات ساختمانی و عملکردی در مفاصل بدن مشخص می شود.

(I) استادیار گروه داخلی، فوق تخصص روماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان، کرمان، ایران.

(II) پزشک عمومی (*مؤلف مسؤول)

(III) استادیار گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان، کرمان، ایران.

(IV) استادیار گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان، کرمان، ایران.

برابر ۱۹۲ نفر تعیین شد که جهت دقت بیشتر ۲۰۰ نفر وارد مطالعه شدند.

محل جمع‌آوری نمونه، کلینیک روماتولوژی خصوصی که تنها کلینیک روماتولوژی خصوصی در استان کرمان می‌باشد بوده است.

نمونه‌ها به صورت احتمالی متوالی Consecutive جمع‌آوری شدند.

هر بیمار توسط روماتولوژیست ویزیت می‌شد و طبق معیارهای تشخیصی استئوآرتریت (۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵) وارد مطالعه می‌گردید. معیارهایی که موجب خروج بیماران از مطالعه می‌شدند عبارت بودند از: ۱- داشتن هر گونه بیماری مفصلی و اختلال اسکلتی عضلانی دیگر، ۲- هر گونه اختلال روانی یا عقب‌ماندگی ذهنی، ۳- هر گونه اختلال مغزی و عصبی یا بیماری‌های ناتوان کننده داخلی دیگر، ۴- مصرف داروهای روان‌پزشکی.

روماتولوژیست بعد از معاینه و ثبت علائم بیمار در جدول مخصوص، بیمار را جهت ارزیابی از نظر ناتوانی و افسردگی نزد پژوهشگر دوم که نسبت به نوع OA بیمار بی‌اطلاع بود می‌فرستاد و پژوهشگر دوم پس از تکمیل اطلاعات دموگرافیک و سابقه بیماری‌ها و داروهای مصرفی، جهت بررسی ناتوانی وی از Clinical Health Assessment Questionnaires (HAQ Clin) استفاده می‌کرد.

پرسشنامه HAQ اولین بار در سال ۱۹۸۰ در مرکز روماتیسم استانفورد آمریکا تهیه شد و در مطالعات مختلف جهت ارزیابی کلینیکی بیماران روماتیسمی تحت ارزیابی پایایی و روایی قرار گرفت (۱۶ و ۱۷).

پرسشنامه Clin-HAQ در بسیاری از بیماری‌های مفصلی از جمله آرتریت روماتوئید (RA)، سندرم شوگرن (SS)، لوپوس (SLE)، سندرم فیبرومیالژی (FMS) و استئوآرتریت (OA) کاربرد دارد (۱۶ و ۱۷).

HAQ به عنوان وسیله مناسبی در ارزیابی ناتوانی بیماران OA معرفی شده است (۱۵ و ۱۸).

یکی از مهمترین آنها خلق و روحیه بیمار می‌باشد (۱۵ و ۱۶). افسردگی به عنوان شایعترین بیماری‌های خلق در جوامع بشری ۵ تا ۱۲٪ مردان و ۱۰ تا ۲۵٪ زنان را گرفتار می‌کند.

شیوع افسردگی با وجود یک بیماری مزمن بیشتر می‌شود و میزان آن بین ۲۰ تا ۲۵٪ در کل جمعیت متغیر است (۷ و ۸).

یکی از بیماری‌های مهم مفصلی مزمن که ثابت شده شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به آن بالاتر از جمعیت عمومی است، استئوآرتریت می‌باشد (۴ و ۹).

افسردگی خود نیز باعث اختلال عملکرد و ناتوانی در بیماران می‌گردد (۱۰).

قبلاً ثابت شده است که افسردگی و میزان ناتوانی در بیماران مبتلا به روماتیسم مفصلی ارتباط تنگاتنگی با هم دارند و هر کدام برای دیگری یک عامل خطر محسوب می‌شوند (۱۱) این یافته‌ها این سؤال را در ذهن ایجاد می‌کند که آیا بدتر شدن عملکرد و ناتوانی بیمار مبتلا به استئوآرتریت یک عامل خطر برای بدتر شدن وضعیت روانی وی است؟ یا افسردگی به عنوان شاخص وضعیت روانی بیمار مبتلا به OA باعث تخریب بیشتر عملکرد و افزایش میزان ناتوانی او می‌شود.

با توجه به اینکه ناتوانی در بیماران مبتلا به اختلالات مفصلی به صورت آرتریت چند عاملی (multifactorial) می‌باشد جهت تعیین رابطه افسردگی بر میزان ناتوانی با کنترل سایر عوامل خطر، این مطالعه طراحی و انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر به صورت مقطعی انجام شد و نمونه‌ها به صورت آینده‌نگر (Prospective) جمع‌آوری شدند.

با توجه به Pilot study قبلی، قبول حداکثر خطای نوع اول $\alpha = 0.05$ و حداکثر خطای نمونه‌گیری $d = 0.07$ و با توجه به شیوع بالای OA در مراجعه‌کنندگان به کلینیک روماتولوژی شهر کرمان و قبول شیوع $P = 50\%$ ، حجم نمونه

از این تعداد ۶ نفر دارای سابقه تروما، ۲۱ نفر مبتلا به دیابت شیرین و ۵۲ نفر مبتلا به افزایش فشار خون و تحت درمان بودند. ۷۰ نفر خشکی صبحگاهی داشتند که از ۵ دقیقه تا ۲ ساعت متغیر بوده و میانگین آن در این افراد 25 ± 26 دقیقه بود.

میانگین شاخص توده بدنی (BMI) در بیماران 29.6 ± 5.0 کیلوگرم بر متر مربع، کمترین مقدار آن 21.4 و بیشترین مقدار آن 59.17 کیلوگرم به ازای مترمربع بود. اغلب افراد براساس BMI، افزایش وزن داشتند.

میانگین نمره افسردگی بیماران 16.6 ± 9.3 و میانگین نمره اندکس ناتوانی 0.97 ± 0.4 بود.

با توجه به مطالعات قبلی ارتباط هر یک از متغیرهای دموگرافیک و اندازه‌گیری شده با هم در نظر گرفته شدند. متغیرهای دموگرافیک به متغیرهای اسمی و دو گروهی تقسیم گردیدند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- فراوانی متغیرهای دموگرافیک در مطالعه

| متغیر | فراوانی مطلق | فراوانی نسبی |
|--------------------|--------------|--------------|
| جنس زن | ۱۶۷ | ۸۳/۵ |
| سن بالای ۵۲ سال | ۱۱۶ | ۵۸ |
| تحصیلات بی‌سواد | ۹۵ | ۴۷/۵ |
| محل زندگی شهر | ۱۷۵ | ۸۷/۵ |
| سابقه وجود تروما | ۶ | ۳ |
| دیابت | ۲۱ | ۱۰/۵ |
| افزایش فشار خون | ۵۲ | ۲۶ |
| خشکی صبحگاهی | ۷۰ | ۳۶ |
| BMI بالای ۲۴/۹ | ۱۶۴ | ۸۲ |
| وجود سندرم افسردگی | ۱۴۲ | ۷۱ |
| ناتوانی $DI > 1$ | ۱۱۲ | ۵۶ |

ابتدا میزان ناتوانی به عنوان متغیر وابسته فرض شد و میزان خطر OR هر یک از عوامل اندازه‌گیری شده برای بروز ناتوانی محاسبه گردید (جدول شماره ۲).

همان‌طور که مشاهده می‌شود تنها افسردگی، تحصیلات و جنسیت دارای OR معنی‌داری بودند. جهت تعیین اثر هر یک از این متغیرها در بروز ناتوانی در مدل رو به جلو غیر

این فرم قبلاً توسط پژوهشگران به فارسی ترجمه و تحت ارزیابی دقیق قرار گرفته و کارایی آن در بیماران RA به اثبات رسیده است (۱۱).

پس از تکمیل Clin-HAQ جهت بررسی افسردگی از پرسشنامه استاندارد Beck که در ایران نیز استاندارد شده و در مطالعات متفاوتی نیز به کار رفته است، استفاده گردید (۱۱، ۱۹، ۲۰ و ۲۱).

داده‌ها پس از جمع‌آوری با کمک کامپیوتر سازگار IBM و نرم‌افزار آماری SPSS-10 تحت تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

برای متغیرهای عددی پس از مشخص شدن نرمال بودن توسط تست Kolmogorov-Smirnov test تساوی واریانسها با Levene's test سنجیده شد.

جهت تعیین همبستگی بین داده‌ها با توجه به کسب شرایط آن از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد برای مقایسه اعداد افسردگی و ناتوانی در بین زن و مرد از Two sample t test استفاده گردید.

جهت ارتباط بین متغیرهای اسمی Chi square test و تخمین برآورد Odds Ratio ها Mantel-Haenzel test مورد استفاده قرار گرفت در نهایت جهت تعیین عوامل خطر افسردگی در بروز ناتوانی در حضور سایر ریسک فاکتورها از مدل تجزیه و تحلیل چند متغیر رگرسیون لجستیک به صورت رو به جلو (Forward stepwise) به روش Wald استفاده شد.

در این رابطه ۲ مدل ارائه گردید، ابتدا میزان ناتوانی به عنوان متغیر وابسته سپس در مدل دوم میزان افسردگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

نتایج

از بین ۲۰۰ بیمار مورد مطالعه ۸۳/۵٪ آنها زن (۱۶۷ نفر)، ۸۷/۵٪ شهرنشین، ۴۷/۵٪ بی‌سواد و ۲۱/۵٪ در سطح خواندن و نوشتن بودند و فقط ۸٪ تحصیلات دانشگاهی داشتند بقیه دیپلم و زیر دیپلم بودند. میانگین سنی کل افراد نیز 54.1 ± 11.3 سال بود.

شرطی (stepwise) رگرسیون لجستیک استفاده شد. این مدل نشان داد که تنها افسردگی و جنسیت زن عوامل پیشگویی کننده مناسبی جهت میزان افسردگی هستند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲- میزان خطر حدود اطمینان برای هر یک از متغیرهای اندازه‌گیری شده نسبت به میزان ناتوانی در بیماران مورد مطالعه

| متغیر | Odds Ratio | دامنه اطمینان ۹۵٪ | PV* |
|-------------------|------------|-------------------|-------|
| جنسیت زن | ۶/۳ | ۲/۶-۱۵/۳ | ۰/۰۰۰ |
| سن بالای ۵۰ سال | ۱/۴ | ۰/۸-۲/۴ | ۰/۲۴۴ |
| تحصیلات بی‌سواد | ۲ | ۱/۱-۳/۶ | ۰/۰۱۳ |
| زندگی شهرنشینی | ۰/۷ | ۰/۳-۱/۶ | ۰/۳۹۱ |
| سابقه تروما | ۰/۴ | ۰/۰۷-۲/۱ | ۰/۲۷۳ |
| وجود دیابت | ۰/۸ | ۰/۳۵-۲/۱ | ۰/۷۲۴ |
| افزایش فشار خون | ۱/۲ | ۰/۶۵-۲/۳ | ۰/۵۴۲ |
| وجود خشکی صبحگاهی | ۱/۴ | ۰/۸-۲/۵ | ۰/۲۵۷ |
| BMI > ۲۴/۹ | ۲ | ۰/۹۷-۴/۲ | ۰/۰۵۹ |
| وجود افسردگی | ۲/۱ | ۱/۶-۵/۹ | ۰/۰۰۰ |

جدول شماره ۳- مدل آنالیز رگرسیون لجستیک جهت تعیین عوامل خطر ناتوانی

| دو متغیری که وارد مطالعه شدند | β | OR | P |
|-------------------------------|---------|------|--------|
| افسردگی | -۰/۹۹ | ۸/۵ | ۰/۰۰۲۴ |
| جنسیت | -۱/۶۹ | ۱۳/۳ | ۰/۰۰۰۳ |
| متغیری که وارد مطالعه نشدند | | | |
| تحصیلات بی‌سواد | ۲/۸ | | ۰/۰۵ |

بعد از این مرحله افسردگی به عنوان متغیر وابسته فرض شد و OR برای هر یک از متغیرهای اندازه‌گیری شده محاسبه گردید (جدول شماره ۴). در این حالت تنها جنسیت و ناتوانی عامل خطر برای افسردگی بودند در نهایت مدل تجزیه و تحلیل رگرسیون مانند مرحله قبل نشان داد که در حضور ناتوانی، جنسیت عامل خطری برای بروز افسردگی محسوب نمی‌شود. و ناتوانی خطر بروز افسردگی را ۱۲/۴ برابر افزایش می‌دهد و تنها ناتوانی عامل پیشگویی کننده معنی‌داری برای افسردگی است (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۴- میزان خطر و حدود اطمینان برای هر یک از متغیرهای اندازه‌گیری شده نسبت به افسردگی در بیماران مورد مطالعه

| متغیر | OR | ۹۵٪ CL | Pv |
|-------------------|-----|---------|-------|
| جنسیت | ۲/۸ | ۱/۳-۶ | ۰/۰۰۸ |
| سن بالای ۵ سال | ۱/۸ | ۰/۶-۲/۱ | ۰/۶۳۴ |
| تحصیلات بی‌سواد | ۱/۵ | ۰/۸-۲/۹ | ۰/۱۵۷ |
| زندگی شهرنشینی | ۰/۸ | ۰/۳-۲ | ۰/۷۲۴ |
| سابقه تروما | ۰/۴ | ۰/۰۷-۲ | ۰/۲۶۵ |
| وجود دیابت | ۰/۸ | ۰/۳-۲ | ۰/۶۴۴ |
| افزایش فشار خون | ۱ | ۰/۵-۲ | ۰/۹۷ |
| وجود خشکی صبحگاهی | ۱/۱ | ۰/۶-۲/۲ | ۰/۶۷۱ |
| BMI > ۲۴/۹ | ۱/۲ | ۰/۶-۲/۷ | ۰/۵۲۷ |
| وجود ناتوانی | ۲/۱ | ۱/۶-۵/۹ | ۰/۰۰۰ |

Pv: Mantel-Haenzel test

جدول شماره ۵- مدل آنالیز رگرسیون لجستیک جهت تعیین عوامل خطر افسردگی

| متغیر وارد مطالعه شده معنی‌دار | β | OR | Pv |
|---|---------|------|-------|
| ناتوانی | -۱/۱۴ | ۱۲/۴ | ۰/۰۰۴ |
| متغیری که وارد مدل نشده معنی‌دار نمی‌باشد | | | |
| جنس | ۲/۵۸ | | ۰/۱ |

بحث

بیماری‌های مزمن غیر کشنده مهمترین مشکلی را که همراه با خود دارند بروز ناتوانی‌های فیزیکی و روانی در فرد بیمار است.

پژوهشگران همواره علاقمند به بررسی ارتباط بین عوامل خطر و بروز این ناتوانی و شناخت عوامل پیشگویی کننده برای ناتوانی هستند تا بتوانند از بروز ناتوانی‌ها در فرد بیمار تا حد امکان پیشگیری کرده و آنها را به حداقل برسانند.

استئوآرتریت یک عامل شایع دردهای مفصلی و ناتوانی جسمی روانی در بیماران بخصوص در سنین بالا محسوب می‌شود.

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که این بیماری در سنین بالا بروز کرده و در زنان فراوانی بیشتری نسبت به مردان

دارد (۱، ۳، ۴، ۲۲، ۲۳ و ۲۴). در مطالعه ما نیز نسبت زن به مرد ۵ به ۱ و فراوانی بطور معنی‌داری در زنان بیشتر بود و بروز بیماری بیشتر در سنین ۵۰ سال به بالا یعنی در سنین پیری مشاهده گردید و تعداد بسیار محدودی از بیماران سن زیر ۴۰ سال داشتند که با مطالعات قبلی همخوانی کامل دارد.

سن بروز استئوآرتریت در بیماران تحت مطالعه نسبت به کشورهای غربی در سطح پایین‌تری بود زیرا میانگین سن پیری در آن کشورها بالا می‌باشد و توجه به دوره سالمندی موجب سلامت و ارتقای سطح بهداشت در این جوامع می‌گردد.

در مطالعه ما اغلب افراد بی‌سواد بوده و ۸۷/۵٪ آنها در شهر زندگی می‌کردند که با توجه به ساختار فرهنگی و محل مطالعه در شهر کرمان قابل پیش‌بینی بود.

نکته قابل توجه در مطالعه ما میانگین بسیار بالای شاخص توده بدنی BMI نسبت به سایر مطالعات بود بطوری که این میانگین در دامنه افزایش وزن و چاقی قرار داشت در صورتی که در مطالعات مختلف این نسبت پایین‌تر بوده است.

Hopman-Rock و همکارانش در سال ۱۹۹۶ در هلند در گروه‌های مختلف بیماران با درد زانو و OA، این میزان را ۲۵/۶ تا ۲۷/۴ گزارش کرده‌اند (۱۶).

به دلیل مقطعی بودن مطالعه نمی‌توان گفت که ابتدا بیماران افسرده مبتلا به ناتوانی شده یا اینکه در اثر ناتوانی شخص افسرده می‌شود به همین دلیل تحلیل در ۲ جهت و به این شکل انجام شد.

ابتدا ناتوانی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و اثرات افسردگی در حضور سایر عوامل خطر روی ناتوانی بررسی گردید.

Verbrugge و همکارانش در سال ۱۹۹۱ عوامل خطر ناتوانی در OA را جنس زن، سن بالا، وضعیت تأهل بیوه یا مطلقه، BMI بالاتر از ۲۰ و زیر ۲۰ و سابقه قبلی تروما ذکر کردند.

نکته قابل توجه این است که بیماران با BMI کمتر از ۲۰ یعنی کاهش وزن در خطر بیشتر ناتوانی نسبت به سایر بیماران بودند و بیماران با افزایش وزن نیز چنین وضعیتی داشتند که در مورد افزایش وزن، طبیعی به نظر می‌رسد (۲۱).

افزایش وزن در مطالعات دیگر نیز عامل خطری در بروز ناتوانی در OA و در خود OA تعیین شده است (۶). Cushman-Dieppe در سال ۱۹۹۰، ۶ عامل خطر برای بروز OA اندامها و ناتوانی ذکر کردند که شامل: ۱- جنسیت، ۲- سن، ۳- وراثت، ۴- چاقی، ۵- تروما، ۶- چگونگی استفاده از مفصل و عوامل بیومکانیکال مفصل بود (۳).

Altman در سال ۱۹۹۷ طی یک بررسی کلی در یک مقاله مروری، جنسیت زن، سن بیش از ۵۰ سال، چاقی، صدمه رباطها و مینیسکها را از عوامل مهم خطر در بروز OA بیان کردند (۴).

Van Baar و همکارانش در سال ۱۹۹۸ کاهش دامنه حرکات مفصل، بیان درد توسط بیمار، قدرت عضلانی و عوامل روانی را در بروز ناتوانی در OA مهم دانسته و همراهی این عوامل با بروز ناتوانی را در این بیماران ثابت کردند (۵).

با توجه به تعیین عوامل خطر در بروز ناتوانی در مطالعات قبلی، میزان خطر (Odds Ratio) برای هر یک از این عوامل برای ناتوانی در مطالعه تعیین شد.

در بیماران تحت مطالعه تنها جنسیت، تحصیلات و افسردگی عوامل خطر در بروز ناتوانی در OA محسوب می‌شد.

با توجه به این عوامل خطر، مدل آماری تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک تنها افسردگی و جنسیت را عامل خطر جهت بروز ناتوانی در بیماران تعیین کرد و نشان داد که اثر عامل خطر بی‌سوادی به تنهایی مربوط به اثر جنسیت است زیرا اغلب بیماران زن بودند و سطح سواد پایینی داشتند. داده‌های این مطالعه با مطالعات دیگر از نظر جنسیت و عوامل روانی همخوانی داشت (۱، ۳، ۴ و ۵).

بالای طول عمر در آن کشورها نسبت به ایران می‌باشد. در رابطه با شناسایی عوامل خطر OA و جلوگیری از بروز ناتوانی در این بیماران تحقیقات بیشتری لازم است.

۴- یکی از مسائل مهم پیشگیری سطح اول، دوم و سوم تعیین عوامل پیشگویی کننده آن است.

پژوهشگران درصدد آن هستند تا در مطالعه‌ای عوامل پیشگویی کننده بروز ناتوانی در OA را شناسایی و به جامعه پزشکی معرفی نمایند.

منابع

- 1- Verbrugge LM., Gates DM., Ike RW., Risk factor for disability among US adults with arthritis, J Clin Epidemiol, 1991, 44(2): 167-82.
- 2- Verbrugge LM., Disability Rheumatic Dis, Clin North Am, 1990, 16: 741-61.
- 3- Cushnaghan J., Dieppe P., Study of 500 patients with limb joint osteoarthritis I: Analysis by age, sex, and distribution of symptomatic joint sites, Ann Rheum Dis, 1991, 50: 8-13.
- 4- Altman RD., The syndrome of Osteoarthritis, J Rheumatol, 1997, 24(4): 766-7.
- 5- Van Bear MT., Dekker J., Lemens JAM et al., Pain and disability in patient with OA of hip and knee. The relationship with articular, kinesiologic and psychological characteristic, J Rheumatol, 1998, 25: 125-33.
- 6- Hopman-rock M., Odding E., Hofman A., et al., Physical and Psychosocial disability in elderly subjects in relation to pain in Hip and/or knee, J Rheumatol 1996, 23(14): 1037-44.
- 7- Wright GE., Parker JC., Smarr KL., et al., Age, depressive symptoms and RA, Arthritis Rheum, 1998, 41: 298-305.
- 8- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders 4 th ed., Washington DC, Mosby Co USA, 1994, 317-93.
- 9- Sadock BJ., Sadock VA., Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry, 7 th ed, Philadelphia USA, Lippincott Williams & Wilkins Co: 2000, PP: 1298-1377.
- 10- Tannock C., Katona C., Minor depression in the aged: Concepts prevalence and optimal management. Drugs Aging, 1995, 6(4): 278-92.

اما نکته جالب این است که چساقی عامل خطر مهمی در بروز OA و ناتوانی آن می‌باشد و در جمعیت ما نیز اغلب بیماران افزایش وزن داشته یا چاق بودند اما چساقی عامل خطر در بروز ناتوانی در بیماران OA در کرمان محسوب نمی‌شد. در مطالعه Verbrugge که به صورت اپیدمیولوژیک انجام شد جنسیت زن با $OR=1.0$ عامل خطر در بروز ناتوانی ذکر گردید (۱) در مطالعه ما نیز OR برای جنسیت زن $1.2/3$ بود که با مطالعه Verbrugge همخوانی دارد.

بعد از انجام این بررسی افسردگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و با این فرض که ناتوانی باعث ایجاد افسردگی می‌شود تجزیه و تحلیل صورت گرفت. در تعیین OR جداگانه، تنها میزان ناتوانی و جنسیت زن عوامل خطر برای بروز افسردگی بودند لذا مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که ناتوانی، خطر بروز افسردگی در بیماران OA را تا $1.2/4$ برابر افزایش می‌دهد و جنسیت با OR در حد معنی‌دار رابطه نداشت. تنها ناتوانی عامل پیشگویی کننده معنی‌داری برای افسردگی بود. در نهایت از داده‌های مطالعه، نتایج زیر به دست آمد.

۱- افسردگی خطر بروز ناتوانی را $1.8/5$ برابر و ناتوانی خطر بروز افسردگی را $1.2/4$ برابر افزایش می‌دهند و هر یک عامل پیشگویی کننده مناسبی برای دیگری هستند.

۲- جنسیت، میزان افسردگی و تحصیلات، عوامل مهمی هستند که تعیین میزان بروز ناتوانی در بیماران OA را در کرمان افزایش می‌دهند این نکته در مطالعات دیگر در نقاط مختلف دنیا نیز ثابت شده است.

۳- OA به عنوان شایعترین بیماری مفصلی در دنیا است تا سال ۱۹۹۷ بیست میلیون فرد مبتلا به OA در آمریکا وجود داشته است. مشکلات و ناتوانی‌هایی که این بیماری در آمریکا ایجاد می‌کند ۱ تا $2/5\%$ تولید ناخالص ملی را به خود اختصاص می‌دهد که میزان آن حدود $8/6$ بلیون دلار در دهه ۱۹۸۰ در آمریکا بوده است (۴).

این رقم بالا با توجه به پیشرفتهای کشورهای غربی در زمینه طب سالمندان و نگهداری و بازتوانی آنها و میزان

22- Felson DT., Zhang Y., Hannan MT., et al., The incidence and natural history of knee osteoarthritis in the elderly, *Arthritis Rheum*, 1995, 38: 1500-5.

23- Badley EM., The effect of osteoarthritis on disability and health care use in Canada, *J Rheumatol*, 1995, 22(Suppl 43): 19-22.

۱۱- عطاپور - جمیله، شکیبی - محمدرضا، رجبی‌زاده - قدرت‌ا... و همکاران، بررسی رابطه بین میزان افسردگی و میزان ناتوانی در بیماران مبتلا به آرتروز روماتوئید شهر کرمان در سال ۸۰-۱۳۷۹، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۸۱، دوره نهم، شماره ۲، ص: ۸۹-۸۲

12- Altman RD., The classification of Osteoarthritis, *J Rheumatol*, 1995, 22(Supl 43): 41-3.

13- Altman RD., The American collage of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the Hand, *Arthritis Rheum*, 1990, 33: 1601-16.

14- Altman RD., Alarcon G., Appelrouth D., et al., The American collage of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of Hip, *Arthritis Rheum*, 1991, 34: 505-14.

15- Altman RD., Asch E., Bloch D., et al., Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of knee, *Arthritis Rheum*, 1986, 29: 1039-49.

16- Fries JF., Spitz PW., Young DY., The dimension of health outcomes the Health Assessment Questionnaire, disability and pain scales, *J Rheumatol*, 1982, 9: 189-93.

17- Fries JF., Spitz PW., Kraines RG., et al., Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum*, 1989, 23: 137-45.

18- Bellamy N., Outcome measurement in Osteoarthritis clinical trial, *J Rheumatol*, 1995, 22(Supl 43): 44-51.

۱۹- پرتو - داریوش، آزمون بک (Beck)، مجله روانشناسی دانشگاه تهران، ۱۳۵۴، شماره ۱۲، ص ۱۰۵-۷۵

۲۰- مهریار - امیرھوشنگ، تشکری - شکرا...، استاندارد کردن آزمون بک، مجله علوم اجتماعی دانشگاه شیراز، ۱۳۶۵، شماره ۴، ص ۱۴۸-۱۳۸

21- Salaffi F., Cavalieri F., Nolli M., et al., analysis of disability in knee osteoarthritis relationship with psychological variable but not with radiographic score, *J Rheumatol*, 1991, 18: 1581-6.

EVALUATION OF DISABILITY AND DEPRESSION IN PATIENT WITH OSTEOARTHRITIS
IN KERMAN

^I M.R. Shakibi, MD ^{II} *M.A. Ramezani, MD ^{III} J. Atapour, MD ^{IV} G.A. Rajabizadeh, MD

ABSTRACT

Osteoarthritis (OA) is the most common joint disease in the world and it's an important cause of longterm health problems and the most frequency reported reason for disability in the papulation. To determine the relationship between disability and depression cross sectionanl study in kerman was design in OA patients. OA was diagnosed by criteria of American college of Rheumatology, disability measured with Clin-HAQ and depression measured with Beck inventory questionnaire. Of 200 OA patients 83.5% were female, meanage of this population was 54.1 ± 11.3 years, 6 pearson had treuma, 21 diabetes mellitus and 52 had hypertension, mean of MBI was 26.6 ± 5.5 kg/m² and depression were 16.6 ± 9.3 and disability was 0.97 ± 0.4 wald foeward stepwise logestic regression models had been shown that depression and female sex were significants predictors for disability and disability was significants predictors for depression. OA Occurred in elderly people Age ≥ 50 and is more frequent in women than men. Depression and disability have relationship together and which of them has a risk factor for other in patients with OA.

Key Words: 1) Osteoarthritis 2) Disability 3) depression

I) Assistant professor of Rheumatology , Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran.

*II) General physician(*Corresponding author).*

III) Assistant professor of Internal Medicine, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran.

IV) Assistant professor of psychology , Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran.